



INSCRIPCIÓ EXTRAESCOLARS - PATINATGE

DADES INFANT

COGNOMS: _____ NOM: _____

DATA NAIXEMENT: _____ CURS: _____ POBLACIÓ _____

ADREÇA: _____ NÚMERO: _____ PIS: _____ PORTA: _____ C.P.: _____

TELÈFON: _____ / _____ A/e: _____

AUTORITZACIÓ PATERNA/MATERNA/REPRESENTANT LEGAL

_____ (NOM DEL PARE/MARE/TUTOR), amb DNI _____

autoritzo que el/la menor inscrit/a assisteixi a L EXTRAESCOLAR DE PATINATJE

Durant l'activitat sóc coneixedor/a que es faran fotografies i filmacions de les activitats i autoritzo expressament les persones organitzadores del casal perquè en facin ús per a la seva difusió, transformació i reproducció. Sí

No

FITXA DE SALUT

Es posa malalt/a sovint? Sí No Motiu habitual: _____

Pren algun medicament habitualment? Sí No Quin? _____

És al·lèrgic/a? Sí No A què? _____

Segueix algun règim especial? Sí No Dieta recomanada: _____

Té alguna dificultat intel·lectual, d'aprenentatge i/o motriu? Sí No Necessitats especials: _____

Nº compte on girarem el rebut el dia 10 de cada mes

IBAN: _____

Signatura,

_____ a _____ d _____ de 2020